

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1895, à 1 heure

Par LÉON ROSENBAUM

Né à Brest-Litowsky (Russie), le 20 février 1865

Ancien externe des hôpitaux de Paris

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DU TRAITEMENT

DES HÉMORRHOÏDES
PAR LA DILATATION FORCÉE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. TILLAUX, professeur.
RICARD, LEJARS, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1895, à 1 heure

Par LÉON ROSENBAUM

Né à Brest-Litowsky (Russie), le 20 février 1865

Ancien externe des hôpitaux de Paris

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DU TRAITEMENT

DES HÉMORRHOÏDES
PAR LA DILATATION FORCÉE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. TILLAUX, professeur.
RICARD, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
Clinique médicale.	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNETHIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTESESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR HENRI HARTMANN

Chirurgien des hôpitaux de Paris

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR FÉLIX TERRIER

Professeur de la Faculté de médecine

Humble hommage et profond respect.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DU TRAITEMENT
DES HÉMORRHOIDES
PAR LA DILATATION FORCÉE

INTRODUCTION

M. F. Monod, dans sa thèse inaugurale de 1877, « *La dilatation forcée du sphincter de l'anus considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoides* », nous montre des résultats excellents immédiats de ce mode de traitement, il cite même des cas de guérison, mais de guérison dans le sens clinique du mot, comme le définit Gosseslin : « J'entends par guérison, non pas une disparition entière et absolue des hémorrhoides, mais la cessation des accidents ou symptômes fonctionnels qu'elles occasionnent. Peu importe, en effet, que les

tumeurs variqueuses persistent, pourvu que le malade n'ait plus les hémorrhagies qui l'épuisent ou les douleurs qui le fatiguent et l'attristent. »

Mais M. Monod ne se contente pas de cette guérison clinique : « Ce n'est pas tout, dit-il, cette guérison démontrée par les faits, que vaut-elle ? Combien de temps se maintient-elle ? Quelle est sa solidité ? En d'autres termes, la dilatation qui guérit la crise hémorroïdale actuelle met-elle à l'abri des récidives ? Ici, l'affirmation n'est plus permise, on peut formuler des espérances, indiquer des probabilités ; mais on ne sera autorisé à répondre en connaissance de cause qu'après quelques années de patiente attention, lorsque les faits se seront multipliés et que la méthode aura vieilli. »

Les faits se sont multipliés, la méthode a vieilli, et nous voyons que la dilatation forcée est presque complètement délaissée de nos jours, et que M. Verneuil a trop tôt avancé que la question des hémorroïdes est une question finie au point de vue thérapeutique.

Les uns avec M. Quènu lui refusent toute efficacité au point de vue anatomique et physiologique : « La dilatation est incapable de rien changer aux conditions de la circulation anale. » Les autres avec M. Reclus diminuent considérablement ses indications : « Lorsque le symptôme douleur domine, lorsque, d'autre part, les masses variqueuses sont peu abondantes, et que quelques petites ampoules veineuses apparaissent seules à la marge de l'anüs, les hémorroïdes peuvent être considérées comme l'équivalent de la fissure et le même traitement leur convient. »

Il y a même des chirurgiens, comme MM. Rousticky, Crehebicky, qui prétendent que la dilatation forcée, appliquée au traitement des hémorroïdes, ne vaut rien même quant à ses résultats immédiats.

Sous l'inspiration de notre maître, M. le Dr Hartmann, nous nous sommes proposé d'examiner impartialement cette méthode de traitement au point de vue de ses résultats immédiats et éloignés. Nous nous sommes proposé de serrer la question de plus près pour voir si vraiment ce mode de traitement des hémorroïdes doit être abandonné comme une méthode défectueuse quant à ses résultats immédiats et éloignés.

Arrivé à la fin de nos études, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Terrier, dans le service duquel nous avons appris la chirurgie au lit du malade, dans la salle d'opération, dans ses admirables consultations externes. Mais ce que nous avons surtout appris dans le service de ce maître, c'est la propreté chirurgicale, cette base fondamentale de la chirurgie moderne, d'où dépend la vie du malade.

Nous n'oublierons jamais l'enseignement et les savants conseils que notre maître, M. Hartmann, nous a donnés pendant notre année d'externat à l'hôpital Bichat; c'est sous son inspiration que nous avons pris ce sujet de notre thèse, c'est en se guidant de ses conseils, indications, que nous l'avons travaillé.

Notre maître, M. Charles Monod, a bien voulu nous communiquer une note concernant les résultats de ses huit opérations personnelles; nous sommes heureux d'être en possession de ce document et, en remerciant ce

maître distingué de l'honneur qu'il nous a fait, nous le publions *in extenso*.

Nous tenons à remercier notre maître, M. Lejars de la bienveillance qu'il nous a montrée en mettant à notre disposition l'observation XXIX.

HISTORIQUE

Les traitements chirurgicaux des hémorroïdes sont aussi nombreux qu'anciens. Si Hippocrate regardait l'affection hémorroïdaire comme d'origine humorale, s'il considérait le flux hémorroïdal comme une évacuation salutaire, établie par la nature pour préserver l'homme de la péricapnemonie, de la pleurésie, de la folie, de l'épilepsie, etc., néanmoins nous trouvons dans Hippocrate même divers procédés chirurgicaux du traitement de cette affection.

Mais nous n'en sommes plus aujourd'hui à ces théories humorales, et chacun sait qu'il faut pour la plupart du temps opérer les hémorroïdes. Aujourd'hui, dit Dolbeau, il n'y a plus aucun médecin qui soutienne que les « hémorroïdes soient un bénéfice de la nature; ont « peut jouir d'une bonne santé sans avoir d'hémorroïdes. »

Les procédés opératoires varient presque d'un chirurgien à l'autre; nous les passerons tous sous silence et nous aborderons directement l'histoire du procédé qui fait le sujet de notre étude : la dilatation forcée.

La dilatation forcée du sphincter découle de la notion

de sa contracture. Il faut remonter jusqu'à Boyer pour voir cette notion nettement posée et appliquée au traitement de la fissure anale. Boyer remédia à cette contracture qui a été appelée plus tard sphinctéralgie, non pas par la dilatation, mais par l'incision de l'anneau musculaire.

En 1838, Récamier publia dans la *Revue médicale*, un article : « Extension, massage et percussion cadencée dans le traitement des contractures musculaires. »

Son manuel opératoire était le suivant : il introduisait le pouce et l'index dans le rectum et exerçait une malaxation longue, intermittente et rythmique; peu à peu il y introduisait les trois autres doigts de la main. Mais cette méthode thérapeutique avait déjà été pratiquée avec succès 5 ans avant par un empirique du nom de Moltenot. Le succès de cette méthode suscita la jalousie des médecins et Moltenot fut condamné par le tribunal de police correctionnelle d'Orléans à 30 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

La grande renommée et la notoriété de Récamier ne suffirent à faire accepter ce mode de traitement, compromis par le « charlatan » Moltenot.

Un jour, Maisonneuve voyant Récamier pratiquer cette opération sur un sujet atteint de spasme du sphincter, fut frappé du résultat obtenu, et c'est alors qu'il reprit l'idée de Récamier et l'appliqua au traitement de la contracture sphinctérienne. Il donna à ce procédé le nom de dilatation forcée. La dilatation fut alors appliquée à la fissure simple ou compliquée d'hémorroïdes. Maisonneuve se servait pour la distension de deux doigts, les

index ou les pouces, suivant le degré de force nécessaire pour vaincre la contracture.

Il ne faut pas croire que Maisonneuve avec sa méthode en apparence scientifique ne rencontra pas d'adversaires. Chassaignac, Jobert de Lamballe et d'autres préféraient l'opération de Boyer, incision du sphincter avec les modifications qu'ils y avaient successivement apportées. Cette opération, disaient-ils, est préférable à celle de Maisonneuve, d'où peuvent résulter des déchirures musculaires et les accidents les plus graves.

Mais avec le temps, quand l'incision du sphincter eut donné de mauvais résultats, on abandonna le bistouri dans le traitement de la fissure et on pratiqua la dilatation lente et progressive à l'aide de mèches de plus en plus volumineuses. Ce traitement n'eut pas non plus de succès : il était long, douloureux et parfois infidèle.

Le 2 mai 1849, M. G. Monod présente à la Société de chirurgie 14 observations de fissures guéries par la dilatation du sphincter dans un mémoire intitulé « *La dilatation forcée comme moyen du traitement de la fissure à l'anus avec constriction du sphincter* ». Monod montre dans ce travail qu'il n'y a pas de déchirures du sphincter, mais simplement une modification subite dans l'état nerveux du muscle, d'où résulte une paralysie momentanée suivie de retour à l'état normal.

En 1851, Maisonneuve fait de nouvelles applications de la dilatation forcée. On trouve consignés dans ses cliniques et dans plusieurs thèses faites par ses élèves des résultats heureux de ce mode de traitement dans les cas : a) fissure anale confirmée ; b) hémorroïdes avec

contracture; c) constipation opiniâtre; d) ténésme isolé ou lié à une dysenterie chronique. Mais ni Maisonneuve, ni son élève Lepellier ne saisirent le rapport entre la suppression de la contracture du sphincter et la disparition des hémorroïdes. « Il faut faire disparaître la contracture, dit Maisonneuve, pour faire cesser les sensations pénibles que le malade éprouve, pour diminuer les chances de production d'une fissure. » Tout était à la fissure; si l'on constatait en même temps les hémorroïdes, on les signalait et c'était tout.

Jusqu'en 1875, tout le monde pratiqua la dilatation pour la fissure, et si l'on guérissait en même temps les hémorroïdes, c'était à l'insu du chirurgien.

En 1855, parurent les travaux de M. Verneuil, sur *l'Anatomie et physiologie des veines du rectum*, et c'est seulement 20 ans après qu'on déduisit de ces travaux la thérapeutique de l'affection hémorroïdaire. En effet, en 1874, M. Verneuil employa pour la première fois la dilatation forcée comme moyen thérapeutique des varices du rectum.

Cette observation est relatée dans la thèse de M. F. Monod :

« M. Verneuil avait été consulté par un homme distingué, portant un nom connu dans la littérature qui souffrait depuis 14 ans de douleurs anales qu'il attribua à l'existence d'une fissure; en réalité, elles étaient dues à des hémorroïdes internes devenues depuis peu procidentes et irréductibles.

Non-seulement les souffrances avaient redoublé, mais encore, il avait perdu, en quelques semaines, une telle

quantité de sang qu'il était tombé dans une profonde anémie et présentait l'état voisin du marasme. Redoutant les conséquences d'une intervention armée quelconque, M. Verneuil se contenta de pratiquer la dilatation forcée du sphincter anal qui était fortement contracturé. Aussitôt l'écoulement sanguin cessa, les douleurs disparurent, l'état général s'améliora, et de jour en jour le moribond se sentit renaître à la vie. Depuis lors, M. Verneuil l'a revu à diverses reprises; les accidents ne se sont pas reproduits; l'ancien malade a retrouvé santé, gaieté et courage et se considère aujourd'hui comme radicalement guéri de ses hémorroïdes. »

Depuis lors M. Verneuil faisait de nouvelles applications de dilatation toujours avec le même succès.

Tous ces faits furent consignés dans un mémoire de M. Duret pour le concours de prix d'internat 1875; mais ce travail n'a pas été rendu public. En 1876, paraît la thèse d'un élève de M. Verneuil, M. Cristofari, qui conclut : 1° La contracture du sphincter anal joue un grand rôle dans la pathogénie des hémorroïdes; 2° En faisant cesser cette contracture, on fait disparaître les symptômes douloureux qu'elle occasionne et on guérit en même temps les hémorroïdes.

Mais déjà en 1875 et 1876 parurent les travaux de M. Fontan, de Lyon, sur la dilatation forcée du sphincter dans le traitement des hémorroïdes.

Le mémoire de M. Fontan a provoqué à la Société de chirurgie le 28 février 1877 une question sur la priorité entre M. Verneuil et M. Fontan, et il fut convenu d'associer ces deux noms à cette découverte thérapeutique.

ANATOMIE

Pour bien comprendre la doctrine mécanique d'hémorroïdes qui a amené la découverte de la dilatation forcée, nous croyons utile de consacrer un article à la disposition des veines du rectum et de l'anus.

Nous exposerons d'abord la disposition des veines du rectum et de l'anus telle qu'elle a été donnée par M. Duret, puis nous montrerons les points où cette disposition est fautive d'après les travaux de M. Quénu.

VEINES DU RECTUM ET DE L'ANUS

(D'après Duret)

Trois groupes des vaisseaux ramènent le sang veineux de l'anus et du rectum : 1° Un groupe supérieur (veines hémorroïdales supérieures ou internes) tributaire de la veine-porte; ce groupe se distribue à la muqueuse du rectum jusqu'à la marge de l'anus; 2° Un groupe moyen (veines hémorroïdales moyennes) tributaire de la veine cave; 3° Un groupe inférieur (veines hémorroïdales inférieures) tributaire de la veine-cave.

Ces deux groupes appartiennent aux autres tuniques intestinales et aux téguments cutanés.

Les veines hémorroïdales supérieures ou internes prennent naissance à deux centimètres du pourtour de l'anus, au niveau des valvules de Morgagni, par de petites ampoules ovalaires. De ces ampoules montent des ramuscules flexueux et parallèles, puis à la hauteur de dix à douze centimètres ils se recourbent brusquement et perforent perpendiculairement la paroi rectale pour aller dans le méso-rectum constituer par leur réunion cinq ou six troncs volumineux. La tunique musculaire leur livre passage par de véritables boutonnières dépourvues d'anneau fibreux, et si l'on dissèque l'ampoule qui termine ces branches perforantes, on voit qu'elle se continue inférieurement avec une petite veinule qui passe à travers le sphincter interne pour aller se jeter dans un rameau d'origine des veines hémorroïdales externes. Plusieurs de ces petits canaux de communication entre les veines du rectum et celui de l'anus remontent sur le bord supérieur du sphincter externe, mais un grand nombre aussi pénètrent obliquement entre les deux faisceaux de ce muscle.

M. Quénu a montré : *a)* Que les ampoules de Duret n'existent pas chez le nouveau-né et qu'elles sont des petites dilatations variqueuses des ramuscules veineux d'ordre pathologique ; *b)* Que ces ramuscules ne suivent pas sous la muqueuse un trajet parallèle, mais que chaque tronc hémorroïdal supérieur forme dans son ensemble comme une sorte d'éventail ; *c)* Que sous la muqueuse il existe tout un système de grosses anostomoses ; *d)* Que

des anastomoses multiples relient les hémorroïdales moyennes aux supérieures et que les hémorroïdales moyennes ne s'injectent bien que par la mésentérique.

Ce que nous devons retenir de cet exposé anatomique c'est l'existence des anastomoses multiples de la veine-porte avec le système veineux général.

PATHOGÉNIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

S'il est une maladie chirurgicale dont l'histoire ait subi le contre-coup des théories médicales, c'est bien la « maladie hémorroïdaire. » Sa pathogénie en effet a été envisagée de différentes façons, et quatre théories ont successivement pris naissance : 1° théorie de fluxion ou congestion veineuse ; 2° théorie de la stase mécanique ; 3° théorie nerveuse par ralentissement de la nutrition ; et enfin 4° théorie infectieuse et mécanique.

1° THÉORIE DE FLUXION OU CONGESTION VEINEUSE.

Sthal avec ses élèves ont fait des hémorroïdes une « maladie hémorroïdaire » sorte de diathèse ayant comme condition génératrice la pléthore abdominale, et les hémorroïdes ne sont pour cette école qu'un émonctoire salutaire presque physiologique.

L'abondance du liquide sanguin dans l'organisme produit l'afflux de sang vers les veines ano-rectales et la dilatation se produit.

Cette théorie fut fortement battue en brèche par Gosselin.

2° THÉORIE DE LA STASE MÉCANIQUE.

A cette théorie se rattachent les noms de Y. L. Petit, Gosselin, Verneuil, Fontan, Duret.

D'après cette théorie qui est basée sur les notions anatomiques des veines du rectum données par Duret, les hémorroïdes internes sont la conséquence de l'augmentation de pression dans les veines hémorroïdales internes. L'étude pathogénique de ces hémorroïdes consiste alors à rechercher les causes susceptibles d'augmenter la pression sanguine dans la veine-porte.

Ces causes sont : la richesse du rectum en vaisseaux veineux, l'absence de valvules dans les réseaux dépendants de la veine-porte favorisant la stase du sang dans les parties qui y sont déjà prédisposées par leur seule déclivité, la sensibilité vive fréquemment mise à l'épreuve par l'accumulation des matières irritantes, par leur volume, leur consistance, leur composition et leur long séjour; le voisinage de la portion la plus active des organes génito-urinaires, les efforts de toute espèce.

Mais la cause principale est l'indépendance des circulations anale et rectale. Les anastomoses extrêmement rares et déliées entre ces deux ordres des vaisseaux, ne se développent que dans certaines conditions pathologiques amenant une augmentation de tension dans le

système-porte, et servent alors de canaux de dérivation.

Dans un effort quelconque, de défécation par exemple, la pression abdominale arrête l'ascension du sang dans les branches avalvulaires de la veine-porte, la stase distend les veines sous-muqueuses du rectum et les ampoules sous-sphinctériennes qui les terminent, pendant que le sphincter contracturé ferme toute voie d'échappement. Si ces efforts se répètent souvent, les parois veineuses perdent leur élasticité et les dilatations variqueuses se produisent.

La contracture sphinctérienne entraîne donc la congestion veineuse et toutes ses conséquences, ici la contracture sphinctérienne joue le rôle principal, et pour M. Fontan, c'est toujours elle qui est la cause des hémorroïdes.

Pour M. Verneuil, il existe deux sortes d'hémorroïdes : les unes actives où la contracture du sphincter n'est que la conséquence de la distension veineuse, les autres passives où la contracture est l'agent principal de la production de cette distension.

3° THÉORIE NERVEUSE PAR RALENTISSEMENT DE LA NUTRITION

« L'intervention de l'appareil vaso-moteur, écrit Vulpian, n'est guère douteuse non plus dans tous les cas où se produisent des hémorrhagies supplémentaires. Quel que soit le mécanisme de l'hémorrhagie (chez les femmes mal réglées ou accidentellement aménorrhéïques), la congestion qui lui donne naissance est le résultat d'une action

vaso-dilatatrice, d'origine périphérique. Le point de départ de l'irritation provocatrice est transmis aux centres nerveux et elle surprend l'activité des parties descendantes qui régissent la tonicité des vaisseaux de l'utérus. Une congestion se produit alors, elle augmente peu à peu, lorsqu'elle est parvenue à un certain degré, les vaisseaux laissent échapper au travers de leurs parois du sérum et des globules sanguins en proportions variées. Ce que nous venons de dire de l'hémorrhagie menstruelle s'applique également aux flux sanguins hémorroïdaux. »

M. Lancereaux se rattache aussi à la théorie nerveuse ; pour cet auteur, varices, hémorroïdes, sont de simples troubles trophiques.

Pour M. Duplay : « la congestion des veines rectales est provoquée par des troubles vaso-moteurs. »

4° THÉORIE INFECTIEUSE ET MÉCANIQUE

Nous savons déjà que M. Quènu n'admet pas l'indépendance des circulations anale et rectale « loin de former un appareil isolé de la circulation cave, les origines hémorroïdales de la veine-porte sont en communication large avec le système veineux général : les voies d'échappement existent donc et la contracture du sphincter ne peut en influencer qu'une partie, et les ampoules loin d'être normales ne sont qu'un commencement de lésion. »

L'action mécanique, comme agent pathogénique d'hémorroïdes, tient pour M. Quènu une place secondaire. « Elle s'exerce dans tout effort général, mais spécialement

dans les actes d'expulsion abdominale, dans la défécation ; lorsque l'acte de la défécation est laborieux, le sang veineux de la mésentérique inférieure subit une hypertension et presse contre les parois veineuses, non parce que les voies de retour lui manquent (ces voies sont innombrables), mais parce que, de par l'effort général, l'hypertension existe au même moment dans le système veineux d'échappement. »

La cause principale d'hémorroïdes, pour M. Quénu, c'est l'infection. L'altération des parois veineuses est le phénomène primitif, la dilatation vient après, quand les veines déjà malades sont incapables de résister à l'effort du sang. « La phlébite sans poussée intérieure ne produirait vraisemblablement pas de dilatation, mais c'est l'association de ces deux facteurs, défaut de résistance de la paroi et poussée contre cette dernière qui crée la varice hémorroïdale. »

MANUEL OPÉRATOIRE

La dilatation digitale et la dilatation instrumentale, voilà les deux procédés opératoires de la dilatation anale.

Nous dirons d'abord quelques mots des soins préliminaires, puis nous décrirons la dilatation digitale et instrumentale.

SOINS PRÉLIMINAIRES.

La veille de l'opération on fait prendre au malade un lavement. L'anesthésie sera complète jusqu'à la résolution.

Si l'on se borne à une anesthésie incomplète, à la demi-chloroformisation, si l'on veut agir avant d'avoir obtenu la résolution, on s'expose à des accidents. Il peut se produire des troubles plus ou moins grands du côté de la respiration et de la circulation (syncopes respiratoires et cardiaques). Même chez des sujets profondément endormis par le chloroforme, la dilatation anale réveille des réflexes médullaires considérables, il survient presque toujours un spasme inspiratoire, avec bruit laryngé intense, et une sorte de contracture musculaire généralisée. On a

même dernièrement songé à utiliser cette sensibilité réflexe de l'anús dans les cas d'accidents par le chloroforme lorsque les moyens ordinaires ont échoué.

M. Reclus se sert de la cocaïne comme agent anesthésique. Il insinue dans le trajet sphinctérien et jusque dans l'ampoule rectale un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au 1/50, il le laisse de 3 à 4 minutes, puis il introduit dans l'anús le doigt qui guide à travers la muqueuse, l'aiguille de Pravaz dans l'intérieur du muscle, et fait six injections de cocaïne au 1/100 dans l'épaisseur du sphincter ; trois ou quatre minutes après ces injections, on peut introduire le spéculum et opérer.

Le mode d'anesthésie de beaucoup le plus simple est celui que nous avons vu maintes fois employer par notre maître M. Hartmann à l'hôpital Bichat ; nous voulons parler de l'anesthésie par le bromure d'éthyle. On a dit que cet agent ne pouvait être employé pour la dilatation anale parce qu'il déterminait une contracture. C'est une erreur qui tient, à ce que nous croyons, à son mode d'emploi.

Si, en effet, on le donne pendant un temps extrêmement court d'après les règles établies à Bichat dans le service de notre maître M. Terrier, on n'aura jamais à craindre la moindre contracture.

Voici comment on l'administre à l'hôpital Bichat :

Après avoir préparé tout ce qui pouvait être nécessaire au cours de l'intervention pour pouvoir agir immédiatement, on verse sur la compresse pliée 10 à 15 grammes de bromure d'éthyle et on commence par faire faire au malade une inhalation à distance pour l'habituer à

l'odeur. Puis on applique hermétiquement sur le nez et la bouche la compresse disposée en cornet. L'agitation du début, lorsqu'elle eut lieu, du reste peu fréquente chez les gens sains et sans tare, fut toujours inconsciente. Cette agitation, lorsqu'elle existe, ne dure, du reste, que quelques secondes. Dès la deuxième respiration, le malade est calmé. Au bout de 30 à 50 secondes, la narcose est complète, la respiration est régulière et calme. Cessant immédiatement et complètement l'inhalation du bromure d'éthyle, on laisse le malade respirer à l'air libre et on opère moins d'une minute par conséquent après le début des inhalations.

Lorsque l'opération ne dure qu'un temps très court (2 minutes) le malade se réveille tranquillement reprenant immédiatement connaissance. L'excitation, quand elle existe, ne dure qu'un temps très court.

Dans les cas où l'anesthésie doit être plus longue, quand l'opération dépasse 3 minutes, il est bon de donner une nouvelle dose de bromure au moment où le malade commence à se réveiller.

Nous avons vu donner jusqu'à trois doses successives pour des opérations d'une durée de 10 à 15 minutes; pour les opérations de plus longue durée on fait toujours suivre le bromure du chloroforme.

Le seul inconvénient de cet agent anesthésique est la persistance d'une odeur légèrement alliée de l'huile.

DILATATION DIGITALE.

Certains chirurgiens, comme Nèlaton et Guyon, préfèrent la dilatation forcée avec les doigts et sans anesthésie. Le malade est couché dans la position classique pour l'examen de l'anus. Le chirurgien introduit dans l'ampoule rectale ses deux pouces ou index enduits préalablement d'une substance antiseptique grasse et juxtaposés dos à dos. Lorsqu'ils sont bien arrivés dans l'ampoule, le chirurgien les écarte brusquement en les recourbant en crochet pour maintenir le rebord supérieur du sphincter et l'empêcher d'échapper. Le mouvement d'écartement doit être étendu, d'après les règles classiques, jusqu'à ce que les branches ischio-pubiennes les arrêtent.

D'après M. Duplay il n'est pas besoin d'amener les doigts au contact des ischions. Les doigts eux-mêmes fournissent la sensation de résistance vaincue et avertissent par conséquent qu'il est temps de s'arrêter. C'est du reste la pratique que nous avons vu suivre par notre maître M. Hartmann.

Il faut avoir soin, lorsqu'on se trouve en présence d'un sphincter très résistant, de bien maintenir la face palmaire des doigts appliquée contre la face interne du sphincter. Dans un glissement un peu brusque en haut l'ongle pourrait léser la muqueuse rectale, ce qui est arrivé une fois à notre maître M. Hartmann. Une ecchymose, très légère d'ailleurs au pourtour de l'anus, fut la conséquence de ce glissement.

M. Guyon insiste sur la nécessité de surprendre le malade de façon à déchirer le sphincter qui résiste.

Les partisans de la dilatation digitale disent que l'instrument agit sans circonspection et risque de contusionner ou de déchirer, soit le rectum, soit le paquet variqueux, tandis qu'avec les doigts on peut éviter d'exercer une pression sur les hémorroïdes et déployer une force exactement proportionnelle à la résistance à vaincre.

Ses adversaires font valoir des raisons qui s'adressent non pas à la méthode digitale elle-même, mais à l'absence de l'anesthésie. « L'introduction des doigts est déjà fort pénible à supporter, la dilatation qui vient après est horriblement douloureuse et le patient se dérobe plus ou moins sous la main du chirurgien. Dans ces conditions on risque fort de ne faire que déchirer la muqueuse sans réaliser une assez large dilatation du sphincter. »

Ces objections tombent d'elles-mêmes si l'on pratique la dilatation digitale, comme nous l'avons vu faire à Bichat, après l'anesthésie.

DILATATION INSTRUMENTALE.

M. Verneuil se sert d'un spéculum bivalve ordinaire, il introduit d'abord le spéculum de Ricord enduit d'une substance antiseptique grasse dans le rectum à une profondeur de 6 ou 7 centimètres, puis il le retire lentement en tenant les valves fortement écartées, et imprime à l'instrument de petits mouvements de latéralité, sorte de

massage alternatif des parois du sphincter. Si la contraction sphinctérienne est prononcée, M. Verneuil introduit encore un second instrument de plus fort calibre, le spéculum à développement, dont on se sert d'ordinaire pour l'ablation des polypes. Après avoir retiré ce second instrument, M. Verneuil introduit les pouces pour s'assurer que la contracture est parfaitement vaincue.

L'opération tout entière dure trois minutes au plus. Le second spéculum est employé par M. Verneuil en vue d'abrèger la durée de l'opération. On peut, en effet, obtenir une dilatation suffisante avec le spéculum bivalve ordinaire, mais à la condition de prolonger quelques instants l'écartement des valves.

Trélat croit que si la manière de faire de M. Verneuil a l'avantage de ne pas nécessiter une instrumentation spéciale, elle présente deux inconvénients : d'abord l'écartement des valves n'est pas toujours assez grand ; ensuite, les spéculums ordinaires n'offrent pas une résistance suffisante pour cette manœuvre qui exige un certain développement de force.

C'est pour obvier à ces inconvénients que Trélat a fait construire un spéculum spécial. Les deux valves de ce spéculum sont perpendiculaires au plan des branches qui les portent ; rapprochées l'une de l'autre elles constituent par leur juxtaposition un cylindre à base elliptique dont les dimensions sont un peu supérieures à celle des spéculums ordinaires ; les becs de ces valves sont incurvés en dedans de façon à s'appliquer exactement l'un contre l'autre quand l'instrument est fermé et à donner aussi à l'extrémité de celui-ci une forme

arrondie favorable à son introduction. Les dimensions de l'instrument et la configuration de ces diverses parties sont calculées de telle sorte que son développement maximum qui se trouve atteint lorsqu'on a amené les manches au contact, dilate l'anus au point de lui faire admettre sans résistance quatre doigts juxtaposés; c'est à peu près ce que l'on peut obtenir par la dilatation digitale en distendant le sphincter jusqu'à ce que les doigts soient arrêtés par la résistance des ischions. D'ailleurs, dit Trélat, la puissance de l'instrument laisse au chirurgien toute facilité de graduer son action et de s'arrêter au degré de dilatation qu'il juge suffisant. Avec cet instrument on commence la dilatation d'abord dans le sens transversal. L'écartement maximum de deux valves, mesure 8 centimètres et la circonférence de l'instrument ouvert près de 20 centimètres. Le rapprochement des branches de l'instrument doit être obtenu par un effort progressif sans secousse et avec une assez grande lenteur; en voulant aller trop vite on risque de produire des déchirures; il faut parfois jusqu'à 2 et 3 minutes pour arriver à l'ouverture complète du spéculum.

Quand cette ouverture complète est obtenue, on referme l'instrument sans le retirer, on le retourne dans un autre sens et l'on commence la dilatation avec les mêmes précautions. On peut répéter les manœuvres une ou deux fois encore, en orientant le spéculum suivant d'autres diamètres de l'orifice anal de façon à réaliser l'assouplissement complet de l'anneau sphinctérien. Puis on ferme l'instrument, on le retire, et l'opération est terminée (Trélat).

Mentionnons encore l'instrument de M. Nicaise qui remplit l'usage du spéculum ani ordinaire et du dilata-tateur anal. Ce spéculum est inférieur à celui de Trélat au point de vue de l'écartement qu'il peut produire.

Après l'opération on applique sur la région une com-
presse trempée dans une solution d'acide borique froide.

Partant de ce principe qu'on doit éviter l'instrument
toutes les fois qu'on peut arriver au même résultat
sans son secours, nous donnons la préférence à la dilata-
tion digitale, accompagnée, bien entendu, de l'anesthésie
préalable.

COMMENT AGIT LA DILATATION ?

Il n'y a que d'hypothèses pour répondre à cette question : nous allons les exposer aussi brièvement que possible.

Van Buren en s'appuyant sur la diminution de la sensibilité dans la région anale après la dilatation, admet que cette opération produit une élongation des nerfs sensitifs.

MM. Quénu et Hartmann ont fait des expériences pour étudier la question. « Nos expériences ont porté sur sept chiens de tailles diverses. L'animal étant soumis à l'anesthésie chloroformique, subit la dilatation digitale dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur immédiatement se produisent la béance de l'anus et l'éversion de la muqueuse ».

Cette béance de l'anus ne dure, d'après l'expérience, qu'un quart d'heure, au bout de ce temps la muqueuse herniée rentre et l'orifice anal reprend son aspect ordinaire ; au bout de 72 heures la tonicité sphinctérienne a repris complètement toute son énergie. « Les altérations constatées après l'opération se sont réduites à des ecchymoses intra et sous-muqueuses. Chez aucun sujet

il n'existait d'infiltrats sanguins dans l'épaisseur du muscle sphinctérien, aucune déchirure musculaire, aucune lacération du raphé fibreux postérieur ». En excitant directement aussitôt après l'opération la surface du muscle sphinctérien ils l'ont vu se contracter énergiquement, en serrant le nerf sphinctérien moyen, ils ont aussi produit les contractures du muscle; en pratiquant l'examen histologique des fibres musculaires, ils n'ont relevé aucune altération appréciable.

De ces constatations MM. Quènu et Hartmann conclurent que les phénomènes observés à la suite de dilatation sont indépendants de toute lésion locale et que cette opération agit à distance sur la moelle épinière et produit une paralysie du centre ano-spinal par l'intermédiaire des nerfs sensitifs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Trélat).

Le 15 février dernier, un homme de 33 ans entrait dans notre salle Saint-Pierre, pour s'y faire traiter d'une affection hémorroïdaire à la suite de laquelle il était tombé dans un état d'anémie grave.

Dans les antécédents héréditaires du malade nous trouvons que sa mère était rhumatisante et hémorroïdaire.

Dans les antécédents personnels nous trouvons rhumatisme, dyspepsie et hémorroïdes, de telle sorte que nous pouvons dire que le malade nous offre une série de manifestations bien nettement caractérisées de ce que l'on désigne sous le nom de diathèse arthritique.

Le malade fait remonter ses hémorroïdes à une dizaine d'années environ. Il a commencé alors à s'apercevoir de l'existence d'hémorroïdes externes qui d'abord ne déterminaient pas de crises douloureuses et ne saignaient qu'au moment de la défécation. A cette époque, il était toujours constipé, n'allant au cabinet que tous les deux ou trois jours sans douleurs, ni ténesme; tout se bornait à un écoulement sanguin léger et passager. Plus tard,

les hémorroïdes commençaient à sortir, quand le malade allait à la selle; mais elles rentraient facilement. La défécation s'accompagnait de douleurs.

Quinze jours après son entrée à l'hôpital, ces divers phénomènes s'aggravèrent considérablement. Les hémorroïdes faisaient maintenant procidence à chaque défécation et ne pouvaient plus être réduites que difficilement. Les pertes de sang étaient devenues si abondantes qu'il évalue à 5, 6 litres la quantité totale de sang qu'il a perdu dans ces derniers quinze jours. Les douleurs avaient augmenté d'intensité et de durée, elles se prolongeaient pendant 15-20 minutes à la suite de chaque selle. Et le malheureux était obligé de se présenter à la garde-robe deux fois dans une seule nuit; de plus, pendant la journée, il était tourmenté par de faux besoins.

Ces hémorrhagies successives et ces souffrances répétées ne tardèrent pas à l'affaiblir beaucoup, son état de pâleur avait déjà été remarqué par les personnes de son entourage dix jours avant qu'il se décidât à venir à l'hôpital.

Ce qui nous frappa au premier coup d'œil, ce fut la pâleur cireuse généralisée de ses téguments, la décoloration de ses lèvres et de ses muqueuses et son état d'émaciation assez prononcé. En examinant l'anus, nous constatons à son pourtour la présence de quelques hémorroïdes affaissées, manifestement anciennes, baignées par un liquide muco-purulent qui s'échappait de l'orifice anal. Le toucher rectal permettait de reconnaître qu'il existait à la partie supérieure de la filière anale, à une profondeur d'un centimètre et demi environ, une couronne de bosselures hémorroïdaires qui saignaient au contact du doigt. Cette exploration était rendue fort douloureuse et par la résistance énergique du sphincter et par l'état des parties dont témoignait la leucorrhée anale. La dilatation de l'anus procura immédiatement au malade une très notable amélioration.

Dans la journée même, il put aller à la selle sans grandes douleurs et sans perte du sang, et au bout de peu de jours, la défécation s'accomplissait dans des conditions tout à fait normales.

OBSERVATION II

(Trélat).

Au mois de juin 1882 on m'envoyait d'un service de médecine un malade qui y était entré pour se faire traiter d'une anémie profonde survenue consécutivement à des hémorrhagies anales peu abondantes, mais fréquemment répétées. Cet homme âgé de 44 ans fait remonter à 10 ans de date le début de ces hémorrhagies, elles avaient commencé à se manifester à la suite d'une attaque de fièvre jaune qu'il avait eue à la Havane.

Depuis cette époque il a toujours perdu un peu de sang en allant à la garde-robe, mais c'est seulement depuis quelques mois que ces pertes de sang, devenues plus considérables et plus fréquentes que jamais, ont sérieusement ébranlé sa santé.

Quatre mois avant de venir à Necker, en février 1882, il est entré à Lariboisière dans un service de médecine; le toucher rectal a été pratiqué, mais on n'a pas, paraît-il, trouvé d'hémorrhoïdes et l'on s'en est tenu à un traitement médical. Au bout de quelque temps son état s'était amendé suffisamment pour qu'il pût sortir. Il y a cinq semaines au Havre, les hémorrhagies étant revenues peu à peu, il s'aperçut pour la première fois de l'existence d'un bourrelet hémorrhéoïdaire qui vint faire procidence au moment d'une selle et qu'il eut beaucoup de peine à faire rentrer. Depuis lors pareil accident se reproduisit souvent. Les hémorrhagies reparurent plus abondantes et à intervalles plus rapprochés, il survint un écoulement muco-purulent presque constant.

par l'anus et le malade graduellement affaibli par les souffrances et les pertes sanguines en arriva à un état d'anémie très prononcé. Au toucher on constate dans l'orifice anal la présence d'un bourrelet hémorroïdaire assez volumineux qui sortait sous l'influence des efforts de défécation et qui n'était qu'assez difficilement réductible en raison de la contracture du sphincter.

Dilatation forcée le 13 juin. Les douleurs et les hémorrhagies cessèrent immédiatement. Le malade a quitté le service dans un état le plus satisfaisant.

OBSERVATION III (résumée).

(Trélat).

Il s'agit d'un homme de 36 ans ; il avait subi plusieurs atteintes de dysenterie : deux au Sénégal et une à Paris. On peut à bon droit considérer ces attaques réitérées de dysenterie comme ayant exercé une certaine influence sur le développement des hémorroïdes. De plus, cet homme était un saturnin.

C'est depuis dix ans qu'il est atteint d'hémorroïdes et il y a deux ans qu'il a commencé à perdre du sang en grande abondance en allant à la selle.

Dans le court espace de temps qui s'écoula entre le jour de son entrée et celui de l'opération, il eut coup sur coup deux hémorrhagies qui le mirent à deux doigts de la mort. Dilatation lente sous chloroforme.

L'opération donna lieu à une hémorrhagie abondante et, je dus pour m'en rendre maître le plus vite à cause de l'anémie grave du malade cautériser énergiquement et profondément à l'aide du thermo-cautère les points du bourrelet hémorroïdaire qui donnaient du sang ; de plus je crus prudent, par surcroît de précau-

tion, de faire suivre cette cautérisation d'un tamponnement du rectum. « L'hémorrhagie fut de suite et définitivement supprimée.

La défécation avait repris depuis quelques jours son régime normal et s'effectuait sans douleur.

« L'hémorrhagie véritable qui s'est produite chez ce malade est un fait exceptionnel. Dans ce cas cet accident s'expliquait par le volume et la disposition circulaire presque ininterrompue des paquets hémorroïdaires ; en effet il était à peu près impossible, quelques ménagements qu'on y mit, d'arriver à une dilatation complète, sans déchirer le bourrelet hémorroïdaire en quelques points de son pourtour. D'autre part, à ce degré d'anémie le sang a perdu toute plasticité et une solution de continuité même peu importante fournit souvent un écoulement sanguin plus ou moins abondant, mais surtout plus ou moins rebelle à l'arrêt spontané. »

OBSERVATION IV

(Thèse de Monod).

Hémorroïdes internes avec pertes sanguines abondantes chez un phtisique.

B..., 37 ans; entre à l'hôpital le 24 avril 1887; il a constaté dès son enfance la formation à l'anus d'une petite tumeur douloureuse et réductible qui dans le principe ne donnait pas de sang.

En 1868, après avoir été jusque-là bien portant, il vit ses hémorroïdes se multiplier et s'accroître, formant de temps en temps à la marge de l'anus pendant les efforts de défécation une tumeur lobulée qu'il compare à un bouquet de cerises. Elles se réduisaient facilement et étaient médiocrement douloureuses.

En 1870 il fit la campagne, subit des privations et fut pris à la suite de l'usage prolongé de viandes salées d'une diarrhée intense; il remarqua alors qu'à chaque défécation il perdait quelques gouttes de sang.

Jusqu'en janvier 1877 les hémorrhagies se sont produites irrégulièrement. Il n'y avait pas de constipation habituelle et souvent les selles étaient molles et faciles; mais dès qu'elles nécessitaient quelque effort, les hémorroïdes devenaient procidentes, se rompaient et donnaient lieu à un véritable jet de sang. Quelquefois l'hémorrhagie se faisait dans le rectum, se terminait suivie de l'expulsion de sang noir ou des caillots cruoriques.

En 1874, pleurésie gauche à la suite de laquelle il continua à tousser et conserva un point de côté qui a souvent reparu depuis lors.

En 1875, arthrite suppurée du genou.

Cependant toutes ces causes réunies jointes aux hémorrhagies répétées ne tardèrent pas à jeter le pauvre homme dans un état de profonde anémie. En outre, il prit, il y a 4 mois environ, la profession de cuisinier qui l'obligeant à rester toute la journée debout continua à aggraver l'affection hémorroïdale.

A chaque selle, il perdait environ « un verre de sang » vermeil et les tumeurs étant devenues de plus en plus volumineuses et turgescentes, il les réduisait difficilement et au prix de quelques douleurs.

Le 25 avril. — A l'examen, on constate des signes de la tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Léger mouvement fébrile le soir 38°,4. On ne voit aucune tumeur à l'anus même quand on invite le malade à pousser. Le toucher rectal n'est pas douloureux, il révèle une contracture assez forte du sphincter, mais on ne trouve aucune bosselure au-dessus. Les tumeurs ne se forment qu'au moment de la défécation.

Une autre opération que la dilatation, vu l'état général du

malade, pourrait être dangereuse. C'est pourquoi M. Verneuil pratique le 28 la distension avec méthode et prudence au moyen de deux spéculums de différent volume introduits à 6 centimètres de profondeur.

L'opération sous-chloroforme dure à peine trois minutes et ne donne lieu à aucun écoulement sanguin ; il ne sort qu'un petit bouchon muqueux d'apparence gélatineuse.

Examiné 5 minutes après l'opération, l'anus est souple et facilement dilatable, mais ne présente aucune trace d'une lésion quelconque. Quelques douleurs dans la journée, calmées par des compresses froides. Sommeil pendant la seconde moitié de la nuit.

Le 29. — Il n'a que des picotements à l'anus.

Le 30. — Selle à la suite de fortes coliques.

Trois garde-robes liquides consécutives pendant lesquelles il a perdu quelques gouttes de sang et éprouvé une cuisson assez vive.

2 mai. — Il continue à perdre du sang en petite quantité et les hémorroïdes ont recommencé à sortir pendant la défécation, de même si l'on engage le malade à pousser ou qu'on écarte fortement les fesses on voit un bouton hémorroïdal rouge de la grosseur d'une noisette. Pas de douleurs.

Le 4. — La quantité de sang diminue. Selle après lavements.

Le 7. — Pas d'hémorrhagies depuis trois jours. La phthisie fait des progrès.

Le 9. — Pas de sang mais la malade dit que ses hémorroïdes qui n'étaient procidentes que pendant la défécation, sortent manifestement dès qu'il se lève et fait quelques pas et déterminent un peu de douleur.

Malheureusement son état diathésique empêche de recourir au traitement hydrothérapique et même aux lavements froids.

Le 11. — Hémorrhagies rectales sont supprimées.

Il a une selle par jour, parfois deux sans douleur. Quand il reste longtemps debout, les tumeurs hémorroïdales sortent mais elles sont peu volumineuses et ne déterminent plus qu'une sensation de gêne et pesanteur.

Le 14. — Pas de sang.

Le 18. — La tendance à la procidence s'accuse de plus en plus dans le paquet hémorroïdal, à peine le malade l'a-t-il réduit qu'il ressort, il en souffre modérément. En outre, l'écoulement anal qu'il avait avant l'opération a reparu.

Le 21. — Aucune perte de sang.

Le 25. — Hier et aujourd'hui il y a eu un léger écoulement sanguin pendant la défécation.

Le 29. — Le malade part pour Vincennes. Les hémorrhagies se sont de nouveau complètement supprimées ces derniers jours, c'est même là le seul résultat franchement satisfaisant qu'a produit l'opération. Elle n'a guère diminué la procidence des hémorroïdes et les douleurs qui en dépendaient.

En quittant Vincennes le 15 juin il rentre dans le service de M. Verneuil, il n'a pas perdu une goutte de sang durant ces 15 jours; mais le prolapsus du paquet variqueux persiste dans la marche et la station debout et provoque quelques douleurs.

OBSERVATION V

(Trélat).

Le malade était en pleine crise avec un bourrelet hémorroïdaire et déjà enflammé. Je ne voulais pas l'opérer dans ces conditions, mais j'eus la main forcée; il était à la veille de se marier,

lorsqu'il fut pris de sa crise, la date était fixée, aussi réclamait-il avec insistance une intervention qui le soulageât de suite.

La dilatation fait immédiatement cesser ces douleurs, mais sans abréger en aucune façon la durée de la crise ; néanmoins le malade a tiré un grand bénéfice de l'opération, car depuis trois ans maintenant qu'elle a été pratiquée, il n'a pas souffert de ses hémorroïdes.

Actuellement (1886) après plusieurs années passées sans nouveaux accidents, le malade se présente à moi dans le même état, c'est-à-dire hémorroïdes qui font procidence et saignent à chaque défécation.

OBSERVATION VI (résumée).

Thèse de Monod.

René G..., 45 ans, entre le 26 avril 1877, dans le service de M. Verneuil pour des hémorroïdes internes étranglées. Fils d'un hémorroïdaire, hémorroïdaire lui-même depuis 12 ans environ, Depuis 10 ans, pendant chaque défécation des tumeurs multiples apparaissent à la marge de l'anus et donnent issue à une notable quantité de sang.

Le 23 avril dernier, après une constipation de cinq jours, il a une selle pénible et douloureuse ; après l'issue de matières dures, bosselées, entourées de mucosités blanchâtres, s'écoule une grande quantité de sang qui sort en jet (dit-il), comme dans la saignée ; il réduit sans trop de difficultés le bourrelet hémorroïdaire, mais continue à ressentir une vive cuisson pendant la marche, et constate bientôt que les hémorroïdes sont sorties. Les souffrances allèrent en augmentant et le lendemain il lui était impossible de marcher ; les hémorroïdes étaient sorties turgescentes et irréductibles.

Le 27 avril. — M. Verneuil constate l'étranglement par le sphincter contracturé d'hémorroïdes internes volumineuses.

Elles sont enflammées et commencent même à se sphaceler.

Après une application permanente des compresses imbibées d'eau de mauve avec lotions fréquentes, M. Verneuil lui pratique le 9 mai la dilatation par son procédé habituel ; il ne s'écoule pas une goutte de sang au moment de l'opération.

Durant 5 ou 6 heures après l'opération douleurs assez vives. Première selle dans la nuit de 10 à 11 sans douleurs et sans hémorrhagie.

Dans la matinée du 11 nouvelle selle diarrhéique sans douleur ni hémorrhagie.

Le 14. — Le malade se plaint d'un écoulement muco-purulent assez abondant, vraie leucorrhée anale. Peu de dysurie. Sensation de cuisson et de pesanteur au fondement.

Le 18. — Dès que le malade se lève, les hémorroïdes sortent de nouveau et déterminent une sensation de gêne et de cuisson vive à l'anus et à la partie interne des cuisses, à peine les a-t-il réduites qu'elles réapparaissent, rendant la marche assez difficile.

Il continue à se plaindre aussi de la dysurie.

Le 19. — M. Verneuil trouve à l'examen une petite tumeur interne procidente à peine grosse comme une aveline.

Le 23. — La dysurie a disparu. Le bourrelet hémorroïdal continue à sortir.

Le 28. — Le malade quitte l'hôpital avec un léger degré de procidence du paquet variqueux.

8 juin. — Procidence au moment des garde-robes du paquet variqueux, la constipation a reparu.

OBSERVATION VII

(Trélat).

X..., 54 ans, fils et petit-fils d'hémorroïdaires ; il y a 27 ans, il a commencé à perdre du sang par l'anus par suite du développement d'hémorroïdes volumineuses. En 1866, il a été traité par la cautérisation à l'acide nitrique fumant. Ce traitement fut suivi d'une amélioration très notable ; les pertes de sang furent réduites à un tout petit écoulement au moment de la défécation. Cet état se prolongea jusqu'à 1874. A cette époque le flux sanguin étant redevenu abondant, le malade fut cautérisé au perchlorure de fer et il s'en suivit une amélioration de trois mois et demi. Puis les accidents réapparurent aussi accentués qu'au début. Il continuait aussi à perdre du sang tous les jours jusqu'au mois d'octobre 1886. Il se présenta alors à la Pitié, où il fut admis dans le service du professeur Verneuil. Après l'avoir soigné quelque temps par des bains de siège, les lavements de ratanhia et les suppositoires, M. Verneuil lui fit la dilatation forcée de l'anus sous chloroforme. Depuis lors, l'écoulement sanguin fut réduit à quelques gouttes pendant la selle, mais là se borna le bénéfice prouvé par l'opération. Le prolapsus de la muqueuse rectale qui s'était produit à la longue comme conséquence de l'existence des hémorroïdes persista au même degré qu'avant et avec lui une leucorrhée anale assez abondante.

Après avoir passé un an environ dans ces conditions, cet homme trouvant qu'il avait beaucoup perdu de ses forces, vient de nouveau demander secours à la chirurgie. Nous constatons alors ce qui suit : A la simple inspection, l'orifice anal se montre relâché, flasque, légèrement béant, et si l'on invite le malade à

pousser on voit aussitôt la muqueuse rectale faire une procidence assez forte. L'anus se laisse facilement déplier et entr'ouvrir. La muqueuse rectale est soulevée par des nombreuses saillies hémorroïdaires qui garnissent le cylindre intestinal dans une hauteur de 4 à 5 centimètres.

OBSERVATION VIII (résumée).

(Thèse de Monod).

M. R..., âgé de 45 ans, hémorroïdaire depuis 1865, depuis douze ans environ.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement sur l'état ou le nombre des tumeurs variqueuses. Lorsque celles-ci étaient procidentes, on y découvrait deux portions concentriques de consistance et de coloration différentes.

En effet, l'orifice était circonscrit par une masse molle et violacée, véritable bourrelet circulaire, vraisemblablement constitué par la muqueuse avec un lacis de veines sous-jacentes, turgescences et distendues ; et au centre de cette masse on voyait une ou deux tumeurs arrondies d'aspect charnu, à surface framboisée et de consistance beaucoup plus ferme.

Défécation douloureuse, accompagnée d'hémorragies abondantes. Dilatation sous le chloroforme avec les pouces. Pendant l'opération il s'écoula très peu de sang.

Souffrances très modérées dans le périnée ; on nota une dysurie légère qui cessa spontanément au bout de 24 heures sans avoir nécessité le cathétérisme.

Le 5 avril. — Ecchymose très limitée à la marge de l'anus. Le malade se plaint d'un peu de cuisson en ce point. Pas de fièvre.

Le 6. — Première selle sans douleurs, sans perte de sang,

diarrhéique avec prolapsus du paquet hémorroïdal qui se réduit avec la plus grande facilité. Depuis cette garde-robe il existe une sensation de pesanteur à l'anus, mais pas de souffrance véritable.

Le 9. — L'état local reste le même. Les selles continuent à être liquides, en n'entraînant pas d'autre accident qu'un léger degré de procidence.

Le 14. — Prolapsus au moment de la défécation. Pas d'écoulement sanguin.

Le 5 mai. — Céphalalgies fréquentes et assez vives. Prolapsus pendant les garde-robes.

Le 11 juin. — Procidence des hémorroïdes après défécation et même après une marche prolongée, les douleurs liées à la défécation sont insignifiantes.

OBSERVATION IX

(Verneuil).

Une dame avait subi la dilatation de l'anus. Je l'ai revue plusieurs mois après. Elle présentait une hernie de la muqueuse.

OBSERVATION X

(*Ibidem*).

Une bijoulière traitée par la dilatation anale était dans le même état que la dame précédente. Elle avait une petite hernie de la muqueuse, qui la faisait souffrir.

OBSERVATION XI.

(*Ibidem*).

Un autre malade, très pusillanime, avait couru à travers l'Europe pour consulter les médecins et les chirurgiens les plus célèbres. Il fut obligé à la fin de se confier à un chirurgien. Je lui fis la dilatation. Il tira un grand bénéfice de l'opération, mais il se plaignait toujours : il avait au niveau de l'anus un petit point qui le gênait un peu.

OBSERVATION XII.

(Reclus).

Il s'agit d'un négociant de Bordeaux, tourmenté par des hémorroïdes depuis un grand nombre d'années. Chez lui les pertes de sang étaient devenues si inquiétantes que malgré son appréhension de la chirurgie il réclamait l'intervention.

Le soir de la dilatation je trouvais la rainure interfessière envahie par une masse qui s'était échappée de l'anus et d'un volume plus gros que le poing. Les douleurs étaient vives et ne furent calmées que par des pulvérisations continues; déjà au bout de 3-4 jours la turgescence était moins marquée, les paquets variqueux moins tendus, la masse s'affaissa peu à peu et vers la fin de la seconde semaine il ne restait qu'une collerette procidente de peau et de muqueuses souples.

Pendant deux ans notre opéré se crut guéri. Mais voici que peu à peu les varices se sont reformées, les crises d'abord espa-

cées se sont succédées à brefs intervalles, et une opération nouvelle est urgente.

OBSERVATION XIII.

(Reclus).

J'ai, sur un septuagénaire ouvert un anus iliaque pour parer à une obstruction due à une parésie intestinale ; je dilatais en même temps l'anus pour des hémorroïdes dont notre patient souffrait depuis une cinquantaine d'années. Il avait été soigné par Racle, par Follin, par Broca qui avait essayé de traiter ce bourrelet variqueux par des injections d'alcool. Rien n'y avait fait ; aussi ne croyait-il plus à l'efficacité des remèdes, lorsque cette dilatation fut pour lui comme le début d'une ère nouvelle. Les masses hémorroïdaires issues de l'anus après que le sphincter eût été forcé finirent par se flétrir sous les applications d'eau chaude et pendant un an la guérison parut radicale, puis peu à peu les tumeurs se sont reformées, les douleurs ont reparu ainsi que les écoulements sanguins et une intervention serait nécessaire.

OBSERVATION XIV

(Reclus).

Il y a trois ans environ, je dilatais un jeune pasteur protestant que des douleurs incessantes et un flux sanguin amené par chaque selle avaient conduit au dernier degré d'anémie.

On le croyait poitrinaire. Le sphincter fut forcé et sauf

l'issue d'une masse énorme d'hémorroïdes, l'intervention ne présenta rien d'anormal.

La guérison fut prompte et la vigueur revient telle, qu'au bout de 3-4 mois, notre pasteur avait repris son activité primitive. Mais vers la deuxième année les paquets variqueux se remontrèrent, le sang recommence à couler.

OBSERVATION XV

(Thèse de Meesmaecker).

Mademoiselle X..., 26 ans, vient nous consulter pour des hémorroïdes qu'elle désirait se faire enlever, et voici l'histoire qu'elle nous raconte :

Elle est fille et petite-fille d'hémorroïdaires.

De tout temps, son père a perdu du sang à chaque selle, néanmoins il supporte ces petites hémorrhagies sans anémie bien appréciable et n'a jamais été traité.

Il n'en est pas de même de notre patiente. A l'âge de 19 ans, elle se mit à perdre du sang qui dès les premiers jours coula en grande abondance et l'hémorrhagie se répétait à chaque garde-robe; aussi redoutait-elle d'aller à la selle d'autant plus qu'une douleur très vive accompagnait et suivait pendant une demi-heure environ l'expulsion du bol fécal; la malade s'habitua bientôt à n'aller à la garde-robe que le plus rarement possible, et la constipation devint opiniâtre.

Cette constipation, cette douleur, ces hémorrhagies devinrent telles qu'à 24 ans son médecin se décida à lui pratiquer la dilatation anale. Elle fut très soulagée par cette opération. Malheureusement, malgré l'emploi habituel de ratanhia et de tannin, malgré une alimentation très surveillée la guérison fut de courte

durée et au bout de deux mois on vit réapparaître l'un après l'autre les symptômes inquiétants ou pénibles que nous avons déjà signalés. Aussi au bout d'un an une nouvelle dilatation anale est-elle pratiquée dont le bon résultat ne fut aussi que passager. Enfin, il y a deux mois une troisième dilatation suivie d'une cautérisation a été pratiquée, mais sans résultats appréciables, car juste neuf semaines après la malade venait nous consulter.

A l'examen nous constatons que le toucher rectal est infiniment douloureux, cependant nous ne trouvons en aucun point trace de fissure anale. Le sphincter est très contracturé, mais à la moindre marche il n'en laisse pas moins s'échapper un bourrelet hémorroïdaire du volume d'un œuf de pigeon; il est violacé, turgescant, irrégulier, exulcéré sur la surface muqueuse.

OBSERVATION XVI

(Thèse Rosière).

Cl..., garçon de magasin, 52 ans, entre à l'hôpital d'Hôtel-Dieu au commencement d'août 1884.

Depuis de longues années, ce malade se plaint de perdre du sang par l'anus surtout au moment des garde-robes. Il a remarqué dans ce dernier temps que ses hémorroïdes sortaient, s'étranglaient, devenaient très douloureuses et qu'il éprouvait en même temps les plus grandes difficultés à les faire rentrer. En effet, pour opérer leur réduction, il était obligé d'avoir recours à différents artifices tels que taxis, l'emploi de rouleaux de linge pour exercer une compression sur l'anus, des lotions et des bains de siège.

Enfin les hémorrhagies devenant de plus en plus abondantes,

le malade finit par présenter des symptômes très accusés d'anémie.

A son arrivée nous constatons une grande pâleur des téguments et une décoloration presque complète des muqueuses gingivale et oculaire. Souffle anémique au cou.

En examinant l'anus nous apercevons un bourrelet procident, circulaire de l'épaisseur du doigt turgescant et saignant.

Enfin le toucher rectal démontre que le sphincter est contracturé, car le doigt violemment pressé est retiré tout à fait exsangue.

Notre malade éprouvant une profonde terreur pour toute opération sanglante, M. Humbert se décida un peu pour cette raison et surtout à cause de la contracture et des hémorrhagies abondantes à pratiquer la dilatation forcée des sphincters. Immédiatement après l'opération, le bourrelet hémorroïdal se précipite du volume du pouce, rougeâtre, indolent; les autres phénomènes cessent. Le malade reste encore à l'Hôtel-Dieu pendant 8 jours n'éprouvant aucun symptôme de douleur, ni de gêne tant qu'il est couché, mais fortement incommodé par le bourrelet qui descend entre les fesses aussitôt qu'il veut marcher. Il quitte l'hôpital dans cet état et trois semaines après nous le retrouvons couché au n. 36 de la salle Saint-Landry. Dans le court intervalle de temps qui s'est écoulé, il a eu une petite hémorrhagie par l'anus.

OBSERVATION XVII

(Thèse de Rosière).

Mme J..., âgée de 26 ans, atteinte d'hémorroïdes, qui la font beaucoup souffrir, est opérée en ville en 1882 par M. le Dr Fano au moyen de la dilatation forcée.

Il existait une violente constriction du sphincter étranglant le bourrelet hémorroïdal du volume d'une noix et la malade avait des hémorrhagies fréquentes et abondantes surtout au moment des selles. L'hémorrhagie et la douleur se sont amendées après l'opération.

Au bout d'un an, récurrence en totalité des accidents : douleur, contracture du sphincter, hémorrhagies. De plus, on constate l'existence des suintements blanchâtres.

Cette fois l'opération est pratiquée par M. le Dr Le Dentu au moyen du thermo-cautère.

OBSERVATION XVIII

(Thèse de Rosière).

D... Philippe, 49 ans, employé de commerce, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 février.

Le malade est porteur des bourrelets hémorroïdaires qui remontent à une date éloignée, pour lesquels on avait déjà pratiqué la dilatation forcée sans autre résultat qu'un amendement dans la douleur, mais persistance de la gêne dans la marche, suintement irritant, excoriation au niveau des parties voisines ; la tumeur est procidente et un certain degré de contracture du sphincter explique le peu de facilité de réduction.

OBSERVATION XIX

(Thèse Langot).

M. P..., 28 ans, est atteint d'hémorroïdes depuis l'âge de 20 ans environ. En 1879, les hémorroïdes devenant procidentes et

douloureuses, le D^r Bazy pratiqua la dilatation forcée de l'anüs. Il fut soulagé pendant deux ans, mais à partir de la fin de l'année 1881, les hémorroïdes menacèrent de redevenir procidentes au moment de la défécation et à le gêner beaucoup, le malade est de nouveau entré dans le service pour subir une opération.

OBSERVATION XX

(Thèse Langot).

A..., 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 novembre 1882.

A l'examen, on aperçoit au niveau du sillon interfessier une masse grosse comme le poing faisant saillie au dehors de l'orifice anal, qu'on reconnaît au premier abord pour une tumeur de nature hémorroïdaire. L'affection remonte à plusieurs années; douleurs très intenses pendant la défécation et se prolongeant après. Exacerbation parfois tellement vive que le malade tout entier à la recherche d'un soulagement à ses douleurs atroces nous raconte qu'en plein hiver il allait prendre des bains de siège dans l'eau glacée.

Le toucher est douloureux, le sphincter contracturé, on constate que d'autres bourrelets hémorroïdaires remontent assez haut dans le rectum au-dessus du sphincter interne.

La contraction du sphincter étant très prononcée, le D^r Bazy pratique la dilatation forcée, le bourrelet hémorroïdal se précipite au dehors pour ne plus rentrer. Les douleurs ont cessé complètement, mais le bourrelet est toujours procident. La position ainsi est devenue impossible, la marche très pénible; il survient de l'érythème et le malade revient en janvier 1883 se faire débarrasser de la tumeur hémorroïdale qu'il supporte aussi difficilement qu'avant la dilatation.

Observations inédites.

Note communiquée par M. C. Monod, professeur agrégé de la Faculté.

« J'ai de 1877 à 1888 eu occasion de traiter en ville (1)
« 8 malades atteints d'hémorroïdes par la dilatation
« forcée de l'anus.
« Voici le résumé succinct de ces huit cas :

OBSERVATION XXI

« 1. — Homme 45 ans. Hémorroïdes procidentes et saignantes, sortantes à la marche, saignantes souvent et beaucoup (presque à chaque selle).

« Dilatation forcée de l'anus le 4 avril 1877.

« Amélioration notable à la suite. La procidence persiste, mais le saignement est pendant longtemps moins considérable. Mais peu à peu ce saignement reparaît avec une assez grande intensité pour que le malade réclame une nouvelle tentative opératoire (il n'accepte d'ailleurs que la dilatation); deuxième dilatation forcée de l'anus le 8 avril 1880.

« J'ai écrit récemment à ce malade pour savoir en quel état il se trouvait actuellement. Il me répond (à la date du 13 mai 1895).

« A la suite de la seconde opération les pertes de sang sont

1. Je ne tiens compte dans cette note que des malades opérés en ville, les seuls dont j'ai pu avoir des nouvelles ultérieures.

« devenues moins abondantes, et petit à petit moins fréquentes.
« Elles n'ont pas complètement cessé, mais reparaissent rarement
« et sont peu intenses.

« Par contre les hémorroïdes sortent de plus en plus : 1° Lors-
« que je reste debout pendant quelques moments, et lorsque je
« marche vite; 2° lorsque je vais à la selle; les hémorroïdes
« sortent alors immédiatement, et forment à l'extérieur de l'an-
« us une masse de la grosseur d'un œuf qui empêche les matières
« de sortir; je suis obligé tous les matins de rester au cabinet
« 30 à 35 minutes, faisant des efforts les plus pénibles, jusqu'à
« ce que la matière ait pu être expulsée. »

OBSERVATION XXII

« 2. — Homme 50 ans. Hémorroïdes saignantes non pro-
« cidentes.

« Dilatation forcée le 4 décembre 1880. A la suite grande
« diminution de pertes sanguines pendant trois ans.

« Elles reparaissent en 1883, abondantes, subites sans cause.
« Mort du malade en juin 1885 (affection cardiaque).

OBSERVATION XXIII

« 3. — Homme 30 ans. Hémorroïdes saignantes et proci-
« dentes.

« Il souffre depuis l'âge de 15 ans. Issue d'un bourrelet à
« chaque selle, pertes de sang notables depuis trois ans. Pen-
« dant trois ans aussi le malade est obligé de se tenir assis pen-
« dant un quart d'heure après la selle pour éviter l'étranglement.
« A plusieurs reprises grandes crises d'irréductibilité durant de
« 4 à 5 jours.

« Dilatation forcée le 31 juillet 1881; à la suite de laquelle les
« pertes de sang diminuent et la procidence est moins pro-
« noncée. Celle-ci reparaît en décembre 1881, les pertes san-
« guines restent sensiblement moindres. « Situation supporta-
« ble », le malade désire mieux cependant, et réclame une nou-
« velle intervention.

« Nouvelle dilatation le 7 avril 1887, suivie cette fois de la
« cautérisation ignée des paquets hémorroïdaires. La guérison
« est complète et se maintient (1895).

OBSERVATION XXIV

« 4. — Homme, 38 ans. Hémorroïdes datant de l'enfance, ont
« été très saignantes, elles ne sont plus que procidentes. Deux
« ou trois crises d'irréductibilité par an.

« Je suis appelé auprès de lui pendant une de ces crises parti-
« culièrement douloureuse, le paquet hémorroïdaire est étran-
« glé, le malade réclame un soulagement immédiat. Séance
« tenante sous sommeil anesthésique, je pratique la dilatation
« forcée de l'anus et la réduction de la masse étranglée (15 mai
« 1884).

« Une lettre écrite (16 mai 1895), m'apprend que depuis lors
« il n'y a plus de pertes de sang ni de procidence. Les selles
« sont régulières, la tendance à la constipation a disparu.

OBSERVATION XXV

« 5. — Femme 32 ans. Hémorroïdes très saignantes non pro-
« cidentes.

« Les pertes de sang, peu à peu abondantes, durent depuis

« 6 ans. Depuis 6 mois, il s'y est joint de la douleur (fissure).
« Dilatation forcée de l'anus le 10 mai 1885. Une lettre récente
« (26 mai 1895), m'apprend que les pertes de sang n'ont point
« reparu depuis lors. Depuis deux ans quelques bourrelets
« hémorroïdaires reparaissent de temps en temps au moment
« des garde-robes.

OBSERVATION XXVI

« 6. — Homme 30-35 ans. Hémorroïdes procidentes et dou-
« loureuses par irréductibilité, non saignantes. Dilatation forcée
« le 11 juin 1885. Ce malade (un confrère), m'écrit en septembre
« que la situation est notablement améliorée en ce sens que les
« masses hémorroïdaires sortent moins volumineuses et surtout
« qu'elles peuvent être réduites avec la plus grande facilité. Par
« contre elles sortent plus facilement, le malade après la selle est
« obligé de rester quelque temps assis pour les maintenir réduc-
« tibles.

« Je n'ai depuis lors pas reçu de nouvelles. »

OBSERVATION XXVII

« 7. — Homme 48 ans. Hémorroïdes très saignantes, datant
« de 25 ans. Cachexie anémique.

« Dilatation forcée le 5 janvier 1886.

« Les hémorrhagies diminuent, mais persistent. Elles finissent
« par cesser au bout de quelques mois, à la suite d'irrigation
« rectale avec l'eau très chaude. Pas de nouvelles récentes.

OBSERVATION XXVIII

« 8. — Homme 40 à 50 ans. — Hémorroïdes procidentes et
« saignantes.

« Dilatation forcée de l'anus le 28 juillet 1888. Amélioration
« immédiate, cessation des pertes. Le malade a été perdu de vue.
« J'ai de fortes raisons de croire qu'il serait revenu me voir si
« l'écoulement sanguin avait reparu.

« Les résultats qui précèdent, à une ou deux excep-
« tions près, m'ont paru assez peu encourageants pour
« que j'ai absolument renoncé depuis 1888 à me borner
« à la dilatation simple.

« J'y ai toujours joint, depuis lors, soit la cautérisation
« ignée, la destruction à l'aide du thermo-cautère des
« principaux paquets hémorroïdaires, soit leur ablation
« au thermo ou incision au bistouri suivie de sutures au
« catgut de la muqueuse sectionnée.

« J'ai toujours eu recours pour l'opération de la dila-
« tation à l'anus, au sommeil anesthésique, et ne l'ai
« jamais pratiquée qu'avec l'instrument de Trélat.

« Je n'ai point observé d'accidents, le seul ennui que
« j'ai parfois constaté est la difficulté que certains
« malades éprouvent pendant quelque temps à con-
« server les gaz. Cet inconvénient a toujours été passa-
« ger, au bout d'un mois au plus il a disparu. »

OBSERVATION XXIX

(Communiquée par M. Lejars, professeur agrégé de la Faculté).

Le nommé D..., 30 ans, mécanicien, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, le 24 mars 1894, pour se faire soigner d'hémorroïdes récidivées.

Issu d'un père hémorroïdaire, il est atteint lui-même d'hémorroïdes depuis l'âge de 28 ans.

Constipation et troubles digestifs de 15 à 18 ans.

Pour ses hémorroïdes il est déjà entré une fois en 1893 à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Lefort. M. Lejars lui fait sous chloroforme la dilatation forcée à l'aide du spéculum de Cusco.

Cette intervention a calmé les douleurs et a fait disparaître les hémorrhagies mais le paquet hémorroïdal sortait après chaque selle comme auparavant, le malade le réduisait d'ailleurs lui-même sans difficulté et après la réduction ne ressentait pas de pesanteur au niveau du sphincter.

Depuis le mois de février 1894 la sensation de pesanteur a réapparu graduellement avec les hémorrhagies et les douleurs au moment de la défécation.

A l'examen direct on constate un paquet hémorroïdal multilobé sortant au dehors, lorsque le malade fait des efforts comme pour aller à la selle. Au toucher rectal on a la sensation d'une couronne hémorroïdaire.

Le 31 mai 1894. — M. Lejars pratique l'opération de Whitehead-Delorme.

OBSERVATION XXX (personnelle).

G. C..., 47 ans, entre le 8 juin 1892 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, pour se faire soigner d'hémorroïdes.

Ses hémorroïdes remontent à l'âge de 38 ans, mais depuis 4 ans seulement qu'elles sortent à chaque garde-robe, la réduction est plus ou moins facile, souffrances supportables.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le malade éprouvait des douleurs atroces avec pertes sanguines abondantes à chaque selle. Il était tourmenté par de fausses envies, 10-12 fois par jour.

M. Hartmann après l'avoir endormi au bromure d'éthyle pratique la dilatation de l'anus avec les doigts.

Aussitôt après le malade fut délivré de ses douleurs et de ses pertes sanguines.

Le 16 juin. — Le malade sort de l'hôpital se croyant complètement guéri.

Autout d'un mois il revient de nouveau dans le service parce qu'un bourrelet hémorroïdal fait procidence aussitôt qu'il se met à marcher, parce qu'il souffre de nouveau pendant la défécation.

Pas de pertes sanguines.

OBSERVATION XXXI (personnelle).

D. J..., 44 ans, entre le 4 septembre 1892 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, pour des hémorroïdes; il ne connaît personne de sa famille qui serait hémorroïdaire.

Les hémorroïdes remontent à l'âge de 32 ans environ.

Depuis 4 ans à chaque selle un bourrelet sort sans le faire beaucoup souffrir, il le réduisait assez facilement,

Depuis quelques jours le malade souffre beaucoup à chaque selle et perd du sang en assez grande abondance, ce qui l'oblige à entrer à l'hôpital.

M. Hartmann pratique le 6 septembre la dilatation de l'anus avec les doigts après anesthésie au bromure d'éthyle.

Le malade souffrait un peu le jour de l'opération, le soir il avait une selle sans douleur et sans perte sanguine.

Six jours après il sort se croyant guéri.

Il resta guéri pendant huit mois après l'opération, mais depuis ses hémorroïdes sont devenues de nouveau procidentes à chaque selle, après une fatigue. La défécation est de nouveau douloureuse, mais n'est pas accompagnée de pertes sanguines.

OBSERVATION XXXII (personnelle).

M. S..., 40 ans, entre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier le 5 novembre 1892 pour des hémorroïdes.

Il y a deux ans le malade a rendu pour la première fois du sang en allant à la selle et a remarqué que pendant la défécation quelques petites ampoules apparaissent à la marge de l'anus.

Depuis cinq à six semaines, il perd du sang à chaque garde-robe en assez grande abondance, les bourrelets procidents n'ont pas augmenté de volume.

M. Hartmann pratique la dilatation digitale après l'anesthésie au bromure d'éthyle.

Nous avons revu ce malade le 17 mai, et il nous a déclaré que depuis l'opération il ne souffre pas, la procidence ne se produit pas, qu'il se trouve en un mot en parfait état de santé.

OBSERVATION XXXIII (personnelle).

M. X..., étudiant en médecine, se fait, en 1883, opérer d'hémorroïdes par son chef de service, M. Gérard-Marchant.

Deux mois avant, le malade a commencé à souffrir un peu en allant à la selle. Chaque selle s'accompagnait de pertes sanguines peu abondantes. Un petit bourrelet de volume d'une noix sortait pendant la défécation.

M. Gérard-Marchant pratique la dilatation forcée et depuis ce temps, nous a dit le malade, la procidence ne se reproduit plus, les souffrances ont cessé, les pertes sanguines ont disparu.

NOTES DIVERSES RECUEILLIES SUR LES RÉSULTATS
ÉLOIGNÉS.

« On a des faits de M. Verneuil, de M. Boinet et Fontan, qui attestent la persistance de la guérison pendant 3-8 années (Thèse de Pauzat).

M. le Dr Popoff relate un cas de récidence, 11 ans après la dilatation (Vratch, 1889).

« J'ai eu l'occasion de revoir un malade opéré depuis 18 mois, qui reste absolument guéri » (Schwartz, *Rev. Gén. de clin. et de thér.*, 1887).

« Je me rappelle d'avoir vu avec M. le Dr Guéneau de Mussy, un malade qui avait été dilaté et chez lequel les hémorroïdes étaient revenues avec tous les inconvénients » (Richet, *Sem. méd.*, 1885).

« Je connais un professeur à qui la dilatation a été

pratiquée trois fois en onze ans; il est loin de se plaindre d'ailleurs, car par cette opération sans gravité il voit disparaître pour un long temps les douleurs et les hémorrhagies » (Reclus, *Mercredi méd.*, 20 juillet 1892).

« M. Pèrier, avec lequel nous avons eu l'honneur de nous entretenir à ce sujet, possède tant dans sa clientèle hospitalière que dans sa clientèle civile plusieurs cas d'insuffisance de cette méthode » (Thèse de Rosière).

Cette année, M. le professeur Richet opérait dans son service un malade pour une récurrence d'hémorroïdes traitées une première fois déjà par la dilatation » (Thèse Langot, 1882-1883).

« J'avais cru devoir, à cause du petit volume de la procidence, soumettre mes deux malades de la ville à la dilatation forcée. Au bout de 12 jours chez l'un et de 15 chez l'autre, la procidence avait reparu avec le même volume, le même saignement, la même difficulté de réduction » (Gosselin, Clin. de la Charité).

CONCLUSIONS

La dilatation forcée du sphincter est un traitement palliatif, qui supprime tout au moins temporairement les douleurs et les hémorrhagies.

Elle est indiquée lors de douleurs et d'hémorrhagies, quand les masses variqueuses sont peu abondantes et que quelques petites ampoules veineuses apparaissent seules à la marge de l'anus.

La dilatation ne met pas à l'abri des récides qui surviennent d'autant plus vite que les hémorroïdes sont plus anciennes et plus volumineuses.

La dilatation forcée est contre indiquée dans les hémorroïdes compliquées de prolapsus de la muqueuse rectale et dans les cas d'hémorroïdes enflammées.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Archiv. méd., 1838, 3^e série, T. I.
- BOYER. — Traité de mal. chir. T. VI.
- CRISTOFARI. — Thèse de Paris, 1876.
- DURET. — Pathogénie des hém. Arch. de méd., 1879 et 1880.
- DMITRIEFF. — Trait. des hém. par la dilatation forcée Vrach,
1889.
- FONTAN. — Trait. des hém. par la dilat. forcée, 1877.
- FOLLIN ET DUPLAY. — Traité de pat. ext., T. VI.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hém., 1866.
— Clin. de la Charité, 1879.
- GOUDET. — Etude sur les hém. et leur traitement. Thèse de
Mont., 1885.
- JUNQUÉ. — Trait. des hém. par la dilatation forcée. Thèse de
Paris, 1879.
- LÉJARS. — Leçon clin., 1895.
- LEPELLTIER. — Clin. de Maisonneuve.
— De la contraction du sphin. anal. et de son trai-
tement. Thèse 1857.
- LANGOT-. — Hemorr. Trait. par la pince-cautère écrasante.
Thèse Paris, 1882-1883.
- MONOD (Charles). — Gaz. des hôp., 1884.
- MONOD (F). — Thèse de Paris, 1877.

- MEESMAICKER. — Thèse de Paris, 1893.
OZENNE. — Pathog. des hém. Bull. méd., 1893.
PAUZAT. — Thèse de Paris, 1878.
PETIT. — Thèse de Paris, 1878.
QUÉNU et HARTMANN. — Chir. du rectum, 1895.
QUÉNU. — Rev. de chir., 1892, 1893.
— Gaz. méd. de Paris, 1894.
RÉCAMIER. — Rev. de méd., 1838.
RICHET. — France méd., 1887.
— Sem. méd., 1885.
RECLUS. — Clin. chir. de la Pitié, 1894.
RICARD. — Gaz. des hôpitaux, 1895.
ROSIÈRE. — Thèse de Paris, 1884-1885.
ROUSTICKY. — Vrasch., 1890.
— Rev. de chir. Russe, 1890.
— Rev. centr. fir chir., 1880 et 1888.
SCHWARTZ. — Rev. gén. de clin. et thér., 1887.
SOUBBOTIN. — Rev. de méd. russe, 1894.
— Sem. méd., 1894.
— Vrasch., 1889.
TRÉLAT. — Clin. chir. T. II.
TRCHEBICKY. — Pzegl. lek. Krakoff., 1889.
— Wien. med. Presse, 1891.
VERNEUIL. — Bul. soc. anat. 1855.
— Gaz. des hôp., 1884, 1887, 1890.
VULPIAN. — App. vaso-moteurs. T. II.
WANNEBROUCK. — Thèse de Lille, 1887.

